

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

令和8年6月1日現在

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	株式会社シオン
主たる事務所の所在地	愛知県日進市藤塚一丁目130番地
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役 鵜飼 洋臣
電話番号	0561-72-5029
設立年月日	平成26年1月24日

介護保険法令に基づき愛知県知事から指定を受けている事業所名称(指定番号)	各事業所につき介護保険法令に基づき愛知県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
訪問介護ステーション サワ(事業者番号2371503638)	訪問介護

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	訪問介護ステーション サワ
事業者番号	愛知県名古屋市 2371503638号
所在地	愛知県名古屋市名東区高針台二丁目101番地
電話番号	052-702-7738
F A X	052-702-3839
通常の事業の実施地域	名古屋市名東区、名古屋市天白区、愛知県日進市

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護保険法に基づく居宅サービス事業
運営の方針	要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助をおこなう。 事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者等、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4 ご利用事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

1) 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

2) サービス提供責任者 1名以上

サービス提供責任者は、以下の職務を行う。

(ア) 訪問介護計画の作成・変更等を行い、利用の申込みに係る調整をすること。

(イ) 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席等により居宅介護支援事業者等と連携を図るとともに、居宅介護支援事業者等に対し、サービスの提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

(ウ) 訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握すること。

(エ) 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導等、その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

3) 訪問介護員

訪問介護員は、サービスの提供に当たる。

(ア) 訪問介護員 3名以上（常勤換算）

4) 事務職員 1名以上

事務職員は、必要な事務処理を行う。

5 営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで（12月29日から1月3日までを除く）
営業時間	午前9時から午後6時まで。ただし利用者の希望に応じ、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6 訪問介護サービスの基本内容

訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能や意欲を高めるために利用者と共にを行う援助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭（せいしき）、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（日常生活を営む機
------	--

	能を高める観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守りなど) など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

服薬介助、経管栄養、吸入等の処置など医療行為に該当するサービスは禁止されているため行いません。

利用者の家族に対する調理や洗濯など、利用者以外の者にサービスを提供する場合には、この契約とは別に契約を締結する必要があります。

訪問介護員は、サービスの提供の都度、利用者または利用者の家族の同意を得て、サービス提供に必要な範囲で消耗品や、器具、材料を使用します。

訪問介護員は、介護福祉士、看護師、又は実務者研修、初任者研修を修了した者とします。

7 介護報酬告示額

1) 基本料金

サービスを利用した場合、以下の通りとなります。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

*基本利用料金は介護報酬告示額に地域区分ごとの加算（1単位=11.05円）をかけて計算した1割負担の場合の金額です。

サービス内容	提供時間	単位数	基本利用料金
訪問介護・身体介護の場合			
身体介護 01	20分未満	163単位	1,801円
身体介護 1	20分以上 30分未満	244単位	2,696円
身体介護 2	30分以上 60分未満	387単位	4,276円
訪問介護・生活援助の場合			
生活援助 2	20分以上 45分未満	179単位	1,978円
生活援助 3	45分以上	220単位	2,431円
身体介護に引き続き生活援助を行う場合			
20分毎（70分以上を限度）		65単位	718円

*介護保険の給付の範囲を越えたサービス利用は全額自己負担となります。

*やむを得ない事情で、かつ、利用者又はそのご家族の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

2) 加算

・時間帯による加算

サービス提供の時間帯により、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

提供時間帯名	早朝	夜間	深夜
時間帯	午前6時～午前8時	午後6時～午後10時	午後10時～午前6時
加算割	25%増	25%増	50%増

・要件による加算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	基本利用料
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	200 単/2, 210 円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰイ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算減算の合計27.0%
介護職員等 処遇改善加算Ⅰロ※		上記基本部分と各種加算減算の合計 28.7%
介護職員等 処遇改善加算Ⅱイ※		上記基本部分と各種加算減算の合計24.9%
介護職員等 処遇改善加算Ⅱロ※		上記基本部分と各種加算減算の合計26.6%
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ※		上記基本部分と各種加算減算の合計 20.7%
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ※		上記基本部分と各種加算減算の合計 17.0%

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注2) 特に記載のない項目については、1月につき加算される金額です。

3) 減算

以下の要件を満たす場合、上記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	上記基本部分の12%

4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセルをいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場

合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	支払い要件等
ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	不要
ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	当該基本料金の10%
ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の25%
ご連絡なく訪問した場合	全額

8 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 平日 午前9時～午後6時 ご利用方法 電話 052-702-7738 訪問介護ステーション サワ
名古屋市健康福祉局 高齢福祉部介護保険課	ご利用時間 平日 午前9時～午後6時 ご利用方法 電話 052-972-3087 場所 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目 1番1号

9 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	大木 健士郎
	所属医療機関名称	じょうど医院
	所在地	名古屋市西区笠取町1丁目50
	電話番号	052-531-7488
協力医療機関	医療機関名称	
	院長名	
	所在地	
	電話番号	
	診療科	
	入院設備	
	救急指定有無	
契約概要		
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間連絡先	
	夜間連絡先	

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1に
甲2
対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 株式会社シオン 代表取締役 鶴飼 洋臣 印
愛知県日進市藤塚一丁目130番地

訪問介護ステーション サワ
説明者 澤 チェミ

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。
私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者 住所

浜松市中央区有玉南町1751

氏名 印

(甲2) 利用者の家族 住所

日進市岩崎台1-1250-4

氏名 印